Rok XXXIV. Kraków 17. Sierpnia 1895 r. Nr. 33.

Redakcya:
Przy ulicy [illegible] Nr. [illegible]
Telefonu Nr. [illegible]

Administracya:
Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, [illegible]

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible], rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible], Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible] 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 zł. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha celem leczenia bolesnego płaskonogu [1]).

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

Dolegliwości, jakich doznają ludzie dotknięci wadą, zwaną płaskonogiem, bywają różnego stopnia; gdy jedni tylko stają się niezdolnymi do zawodów, połączonych z ustawicznem lub przynajmniej częstem i usilnem chodzeniem lub staniem z powodu łatwego męczenia się nóg i przemijających bólów, występują u innych te ostatnie w tak znacznym stopniu, że nie tylko do pomienionych powyżej zawodów się nie nadają, lecz muszą nawet całymi dniami lub tygodniami używać spokoju, gdyż chodzenie nawet mierne bywa dla nich niemożliwem.

Te właśnie bóle zmuszają właścicieli takich nóg do leczenia się i one też stały się powodem bliższych poszukiwań ze strony lekarzy, które wykazały, że nie każda płasko zbudowana noga a raczej stopa sprawia owo zmęczenie lub bóle, że niektóre szczepy odznaczają się taką budową płaskich stóp, jak n. p. murzyni, którzy mimo tego są wybornymi piechurami, że dalej wrodzone płaskonogi a raczej stopy szpotawe bardzo wysokiego stopnia służyć mogą do chodzenia bez wywoływania bólów.

Bolesny płaskonóg powstaje podówczas, jeżeli prawidłowa dotąd stopa w skutku okoliczności, w jakich się znajdowała, zmieniła się w krótkim przeciągu czasu na stopę płaską, przez co stosunek uczepienia pewnych grup mięśniowych doznał zmiany. Niektórzy autorowie uważali ból ten za objaw zapalenia mięśni, lecz G o s s e l i n i L o r e n z wykazali bezpodstawność tego twierdzenia i od nich też pochodzi dzisiejsza nazwa: *Pes valgus dolorosus, tarsalgie des adolescents* i *contracter Plattfuss*, przyczem podrażnienie nerwów zaopatrujących nadmiernie rozciągniętą torebkę stawową przenosi się na nerwy mięśni skręcających stopę (*m. pronatores*), które skutkiem tego ulegają skurczowi (*contractura reflectoria*).

Na tej też podstawie polega w początkowym okresie wzmiankowanych bólów zalecenie mięsienia (*massage*) obok spokoju tejże stopy i noszenia na później klinowatych wkładek po wewnętrznej stronie podeszwy a leczenie to rzeczywiście jako racyonalne we wielu razach świetne odniosło skutki.

Gdy jednak z jednej strony leczenie to tylko chwilowe nieraz przynosi polepszenie a ze wzrostem choroby i dolegliwości stają się większemi i uporczywszemi, gdy zaś z drugiej strony nie wszyscy znajdują się w takich okolicznościach a właśnie choroba ta nawiedza przeważnie sfery pracujące, aby przez długie czasy oddawać się pielęgnowaniu swych nóg i to jeszcze pielęgnowaniu wymagającemu pewnego komfortu, przeto już od dłuższego czasu myśleli chirurdzy nad doszczętniejszym a krótszym sposobem leczenia tej przykrej choroby.

Tu należy prawie równocześnie pomyślana i wykonana przez dwóch operatorów niemieckich (T r e n d e l e n b u r g a i H a h n a) osteotomia obu kości podudzia tuż ponad kostkami celem zniesienia owego skrzywienia stopy w podobny sposób, jak to czyni M a c E v e n przy szpotawości kolana (*genu valgum*). Pierwszy z nich był dosyć zadowolonym z tej metody osobliwie w świeżych przypadkach, drugi zaś nie bardzo tak, że był zmuszonym uciec się czasem do drugiej operacyi, w której dodał postępowanie O g s t o n a, polegające na wydłutowaniu klina w okolicy stawu skokowo-czółenkowego.

Na 22-gim wiecu chirurgów niemieckich, odbytym w Berlinie w r. 1893., przedstawił G l e i c h, elew kliniki

[1]) W streszczeniu wyłożone wraz z przedstawieniem rekonwalescenta na VII. zjeździe chirurgów polskich.

Billrotha nową, bardzo zmyślną metodę, w której, wychodząc z tego założenia, że tak metoda Ogstona, jako też Trendelenburga-Hahna działają zaenergicznie, ograniczył się do przepiłowania tylnej części kości piętowej w tym celu, aby ją ku dołowi nieco zesunąć, w takiem położeniu przygoić i tym sposobem wytworzyć nowy, dostateczny łuk nartowy w stopie.

Metoda jego składa się z następujących szczegółów: 1) Podskórne przecięcie ścięgna Achillesowego. 2) Cięcie skórne strzemiączkowe podobne, jak pierwsze cięcie przy operacyi Pirogowa. 3) Przepiłowanie kości piętowej w kierunku z góry na dół i od tyłu ku przodowi i przesunięcie tylnej jej części ku dołowi i wewnątrz. Sam autor nie miał sposobności wypróbowania tej teoretycznie dobrze pomyślanej metody, lecz wykonali ją inni po trzykroć a mianowicie raz Eiselsberg w Wiedniu i dwa razy Brenner w Lincu. Pierwszy operował zupełnie według zasad wypowiedzianych przez autora, drugi zaś, jakby przeczuwał zarzut metodzie tej później w dyskusyi przez Trendelenburga uczyniony, że niekorzystną jest blizna na podeszwie, zmienił kierunek cięcia na boczne, ukośnie z góry i tyłu ku przodowi i dołowi po stronie wewnętrznej przebiegające, nadto zaniechał w drugim przypadku tenotomii.

Przed kilkoma miesiącami nadarzył mi się przydatny do powyższej operacyi przypadek a gdy, jak to powyżej wykazałem, liczba ich jest jeszcze bardzo szczupłą, przeto pospieszam z ogłoszeniem go tembardziej, że poczyniłem w postępowaniu pewne zmiany, które, zdaje się, dosyć korzystnie wpływają na dalszy wynik operacyjny.

Abraham Windholz, l. 17 liczący, uczeń szklarski z Wieliczki, zgłosił się 1. Kwietnia 1895 r. w ambulatoryum

Figura I.

a. b.



pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza, skarżąc się na dolegliwe, od pół roku coraz to bardziej zwiększające się bóle w stawie skokowym. Po przyjęciu go do oddziału okazało badanie stan następujący: Budowa i odżywienie wiekowi odpowiadające, narządy wewnętrzne bez widocznych zboczeń. Stopa lewa ustawiona w pronacyi tak, że podeszwa przedstawia się jakby spłaszczona, o zmniejszonej znacznie wklęsłości po stronie wewnętrznej, co najlepiej przedstawia się na załączonym niżej ichnogramie (fig. 1. *a*, *b*.). Guz kości czółenkowej sterczy wyraźniej ku wnętrzu, niż to bywa w stanie prawidłowym, a nadto jest on położonym poniżej linii łączącej guz piętowy z główką pierwszej kości śródstopia (wymiar przeciwnie podany), gdy w stanie prawidłowym leży on na samej linii rzeczonej, lub, w razie znacznego wysklepienia nartu, nawet wyjątkowo powyżej.

Na tej podstawie rozpoznałem *pes planus sinister dolorosus* i postanowiłem operować go sposobem Gleicha.

Dnia 5. Kwietnia 1895, wykonano operacyą w narkozie chloroformowej i w nieco odmienny sposób, do którego doszedłem następującem rozumowaniem. Uznając zarzut, że blizna pozostająca na podeszwie może przy chodzeniu ulegać drażnieniu, za słuszny, postanowiłem przenieść ją w inne miejsce, jak to zresztą uczynił był już Brenner; tylko rozumowałem dalej: mam ja osobno wykonywać tenotomię ścięgna Achillesowego a osobno cięcie dla przepiłowania kości piętowej, wolę oba cięcia te połączyć w jedno i w ten sposób powstało cięcie również w kształcie lit. U, lecz ∩, t. j. że wypukłość przypadała na samo ścięgno, gdy ramiona przebiegały od tyłu i góry ku dołowi i przodowi aż do kości piętowej. Tym sposobem przeciąłem ścięgno Achillesowe i odsłoniłem sobie tylną część kości piętowej, którą teraz swobodnie przepiłowawszy dowolnie mogłem zestawić, przesuwać a nadto w nowem położeniu utwierdzić szwami z grubego katgutu. Szereg szwów, zespajających skórę zakończył operacyę.

Figura II.



Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Opatrunek zmieniono po 14 dniach; zagojenie *per primam*. Jaki zaś skutek odniosła sama operacya, możemy wnosić raz z odcisku podeszwy zrobionego w 6 tygodni po operacyi (fig. 2.) a powtóre z twierdzenia rekonwalescenta, że zupełnie dobrze chodzi i może oddawać się pracy zawodowej.

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

W nowszych czasach zwrócono uwagę na przerost grasicy, który ma być przyczyną uduszenia się. Grawitz (*Deu-*

tsche med. Wochenschr. 1888) opisał dwa przypadki śmierci nagłej oseskôw, w których za przyczynę śmierci uważał tylko przerost grasicy z następowym uciskiem krtani. Nordmann (*Schweiz. Corr.* 1889) sekcyonował zwłoki mężczyzny zmarłego nagle po kąpieli. Objawy sekcyjne przemawiały za śmiercią z uduszenia, nie znalazłszy atoli prócz przerostu grasicy i gruczołów żadnej innej zmiany chorobowej, podobnie jak Paltauf (*Über die Beziehungen der Thymusdrüse zum plotzlichen Tode. Wiener kl. Wochschft.* 1889) nadmienia, że ucisk wywarty przez grasicę na tchawicę może dać powód do zejścia śmiertelnego, ale przez porażenie serca wskutek zmęczenia fizycznego lub choroby gorączkowej lub wskutek innych affektów i to u osób cierpiących na obrzmienie gruczołów limfatycznych i powiększenie grasicy. Nieraz trafia się śmierć nagła u dzieci śpiących razem z rodzicami, których jednak nie można podejrzywać o zaduszenie swych dzieci. Seydel (*Vierteljahr. fur ger. Med.* 1893) pisze, że przerost grasicy może być przyczyną śmierci z uduszenia, szczególniej wtedy, gdy główkę oseska lub dziecka w tył się wykręci, przez co grasica łatwo może ucisnąć nerwy błędne. Vibert (*Annal d'hyg. publ. et méd. legale.* 1895) nie bardzo skłania się jednak do przyjęcia podobnego tłómaczenia a tłómaczy przyczynę śmierci wprost z zatamowania systemu nerwowego przez sen. Słusznie jednak zauważył Wachholz (*Przegląd lekarski.* 1895. O śmierci nagłej u oseskôw), że zdania podobne nie tłómaczą wcale przypadków śmierci nagłej osób dorosłych i podaje na podstawie swoich poszukiwań, że nie można przyznawać przerostowi grasicy takiej roli, lecz trzeba szukać gdzieindziej rozwiązania zagadki. W Kwietniu b. r. sekcyonowałem zwłoki dziecka 3-letniego zmarłego nagle wśród zabawy.

Przy sekcyi znalazłem przerost grasicy i gruczołów limfatycznych obok przerostu serca. W orzeczeniu zwróciłem uwagę na ten przerost serca, uważając go za przyczynę śmierci u dziecka, dotkniętego przerostem grasicy i gruczołów. Ewald z Wiednia przypisuje i wolowi znaczenie. Jego zdaniem powiększenie wola może być skutkiem zaciśnięcia naczyń krwionośnych, przez co przychodzi do obrzęku guza, rozdzielającego się po śmierci; uciśnięcie zaś naczyń żylnych przez guz może być powodem obrzęku głośni, który trzeba uważać za przyczynę uduszenia. Każdy prosektor wie dobrze, że wól nietylko jest w stanie wywołać tę zmianę, ale że może sprawić przez zrosty z tchawicą jej ucisk, nadto i różne zniekształcenia tchawicy, na które już Roser zwrócił uwagę. Ucisk długotrwały wola nieraz wywołuje zwiotczenie zupełne tchawicy, zanik chrząstek tchawicy a wskutek tego często po usunięciu wola drogą operacyjną przychodzi do nagłego zapadnięcia się ścian tchawicy, co daje powód do nagłego uduszenia.

Ze śmiercią nagłą spotykamy się również dość często u noworodków w przebiegu asfiksyi, która, jak wiemy, polega na powstrzymaniu dostępu tlenu do ustroju, tudzież powstrzymaniu wydalenia bezwodnika węglowego z ustroju, co się stać może w łonie matki lub dopiero po urodzeniu się. Przyczyny, które w łonie matki wywołać są w stanie asfiksyą dziecka, mogą wychodzić albo ze strony matki, n. p. wskutek zaburzenia w krążeniu łożyskowem, chorób matki, albo też płodu, n. p. wskutek przedwczesnego oddzielenia się łożyska, ucisku pępowiny lub mózgu. Z chwilą, gdy przerywa się oddechanie płodowe, rozpoczyna się u noworodka duszność, następstwem którego jest oddech. Gdy się to dzieje w macicy, płód inspiruje wody płodowe, śluz lub krew, co wszystko prowadzi do asfiksyi. Podobnież spotykamy się z asfiksyą dziecka po porodzie, zwłaszcza gdy ono urodziło się osłabione, chore, niezdolne do oddechania.

To, co się zdarza tak często u noworodków, spotykamy też u starszych, mianowicie wtedy, gdy krążenie ustaje, lub gdy krwi znajdującej się w płucach jest mało i krew do tego stopnia zawiera mało tlenu, iż on nie wystarcza, by pokryć ubytek tlenu w ustroju lub też, gdy krew w płucach traci zdolność przyjmowania tlenu. We wszystkich tych przypadkach śmierć nastaje przez uduszenie.

Przejdźmyż teraz do omówienia tych stanów z osobna.

I. Krążenie krwi ustać może zupełnie wskutek

a) porażenia serca,

b) albo zadziałania trucizn na ustrój,

c) albo wstrząsu.

Wydaje się dziwnem, że jeszcze dzisiaj znajdują się lekarze, nie uznający śmierci wskutek porażenia serca i naśmiewający się z rozpoznających je kolegów. Śmiało mogę im powiedzieć, że wiadomości ich z anatomii patologicznej są powierzchowne. Porażenie serca jest nader często przyczyną śmierci nagłej i to z wad serca, otłuszczenia lub stłuszczenia jego, w zwyrodnieniu włóknistem mięśnia sercowego, przy tętniakach, nowotworach, pasożytach, fragmentacyi serca, wreszcie przy zmianach w tętnicach wieńcowych.

Sekcyonując w ostatnich trzech latach prawie wszystkie przypadki śmierci nagłej koło Krakowa na prowincyi, nieraz się spotykałem z podobnemi zmianami a rozpoznając porażenie serca na tle zboczeń patologicznych, stanowczo usuwałem podejrzenie czegoś innego. Jeszcze dotychczas żywo mi tkwi w pamięci przypadek z roku 1893. Na drodze prowadzącej do Krakowa znaleziono zmarłego mężczyznę, u którego z wejrzenia już małej rany na potylicy podejrzywali oglądający śmierć gwałtowną, zadaną w celu rabunku, gdyż nie znaleźli przy zmarłym kwoty dość wielkiej, którą on otrzymał przed wieczorem. Przyaresztowano nawet jednego z murarzy, u którego znaleziono pomienioną kwotę, który jednak uporczywie twierdził, iż pieniądze te tylko wyjął nieboszczykowi. Przy sekcyi wezwany przez lekarzy (obducentów), nie umiejących podać właściwej przyczyny śmierci, znalazłem kilka kilaków w mięśniu sercowym, co i mikroskopem później stwierdziwszy, usunąłem podejrzenie morderstwa. Drugi ciekawy przypadek tyczył się kobiety niosącej wodę po ciemnych schodach, u spodu których znaleziono ją bez życia. Ciekawy przypadek z rozmaitych względów a to, iż albo sama idąc w ciemności potknęła się i spadła na dół, gdzie się zabiła albo też przez kogo innego została popchnięta. Przy sekcyi znaleziono tylko serce kruche, gliniaste, pod mikroskopem wyraźną fragmentacyę okazujące. Opierając się na tej podstawie, przypuściłem, że u kobiety owej, mającej ową zmianę w mięśniu sercowym natężenie fizyczne sprowadziło samoistne porażenie serca a spadnięcie ze schodów było tylko jego następstwem. W Wiedniu widziałem przypadek sekcyonowany przez prof. Koliskę, tyczący się kobiety starszej, u której Neusser w ostatnich dniach jej życia rozpoznał zanik nerwu błędnego. Zmarła wśród objawów porażenia serca a sekcya nie wykazała żadnych zmian w mięśniu sercowym, lecz tylko w nerwie błędnym. Ileż to razy śmierć nagła jest następstwem zatoru lub

zakrzepu tętnicy wieńcowej lub jej zwężenia na tle miażdżycy. Niekiedy pośrednio następuje śmierć nagła z porażenia serca wskutek zatoru tętnic płucnych, już to tłuszczowych lub powietrznych przy złamaniach kości, już też innej natury na tle operacyi, chorób zakaźnych lub nowotworów. Hofmann (*Friedreichs.-Bl.* 1892) podał przypadek śmierci nagłej skutkiem zatoru tętnicy płucnej po wstrzyknięciu przez akuszerkę środka żrącego do macicy ciężarnej w celu spędzenia płodu.

Drugi rodzaj śmierci nagłej z porażenia serca jest skutkiem trucizn działających na ruchy tego organu. Dość wspomnieć o naparstnicy, alkoholu i t. d. Tutaj zwracam uwagę na przypadek śmierci nagłej w skutek upojenia ostrego alkoholem, który opisałem w *Wiener Med. Presse.* 1895. I), gdzie wykluczyłem stanowczo morderstwo.

Na trzeciem miejscu postawiłem śmierć nagłą wskutek wstrząsu. Przez wstrząs (*shok*) rozumie Hofmann ustanie nagłe akcyi serca, wywołane drogą odruchu przez nadmierne podrażnienie nerwów czuciowych obwodowych. Inni, jak Gröningen, nie zgadzają się bardzo z tem tłómaczeniem, przypisując przyczynę zadziałaniu ważnych czynników na rdzeń przedłużony. Z rozpoznaniem śmierci nagłej wskutek wstrząsu trzeba być nadzwyczaj ostrożnym; każdemu powinny tkwić w pamięci przypadki opisane przez Wagnera, Halma, którzy w tych przypadkach, w których inni za przyczynę śmierci nagłej uważali *shok*, wykazali śmierć wskutek wessania produktów gnilnych. Zenker (*Deutsche Z. f. ger. Med.* 1874) rozpoznał śmierć nagłą z wstrząsu przy krwotoku trzustkowym, który według jego zdania wstrząsnął zwojem półksiężycowym i splotem słonecznym (*plexus solaris*); Rembold jednak (*Ueber Pankreasblutungen* 1887), Dittrich (*Vierteljahr. f. ger. Med. LII*), Chiari nie przypisują krwotokom trzustkowym tak wielkiego znaczenia, zwracają wszakże uwagę na nie o tyle, o ile one świadczyć mogą o zaburzeniach w krążeniu. Krwotoki trzustki zdarzyć się mogą, jak wiemy, wskutek obumarcia trzustki, zgorzeli jej, zwyrodnienia tłuszczowego lub miąższowego. Na szczególniejszą uwagę zasługują przypadki śmierci nagłej skutkiem wstrząsu, opisane przez Maschkę (*Vierteljahr. f. ger. Med.* 1879), po uderzeniu w brzuch, podobnież Hofmanna (*Lehrbuch der ger. Med.* 1895). Że rzeczywiście uderzenia w brzuch mogą być przyczyną nagłej śmierci, przemawiają za tem doświadczenia Goltza, który opukując młoteczkiem brzuchy żab, zawsze sprowadzał u nich ustanie akcyi serca.

Powyżej już wspomniałem, że śmierć nagła trafić się może i wtedy, gdy krwi znajdującej się w płucach jest tak mało, iż tlen w niej zawarty nie wystarcza na potrzeby ustroju. Zdarzać się to może wskutek silnych krwotoków, uciśnienia płuc przez powietrze, ropę płyny, wreszcie skutkiem spraw chorobowych toczących się w płucach, jak zapalenia rozlanego, gruźlicy, nowotworów. W końcu nadmieniłem, że śmierć nagła nastąpić może, gdy krew utraciła zdolność przyjmowania tlenu w płucach. Typowym przykładem tego jest, n. p. zaczadzenie, w którem CO łączy się z hemoglobiną tak ściśle, iż później tlen w żaden sposób nie zdoła go uwolnić z tego połączenia.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przypadek V.

L. prot. zakł. 23. G. J., lat 56. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w klinice prof. Rydygiera.

Badanie preparatu. Macica zachowana w spirytusie bez części dodatkowych, mniejsza od prawidłowej; przekrój z przodu w tył. Długość macicy 7·2 cm. Długość jamy 5·9 cm. Grubość ściany w trzonie w wysokości odejścia więzadła okrągłego 1·5 cm. Błona śluzowa jamy macicy bardzo cienka, gładka, więcej do surowiczej błony podobna. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, przeważnie warga tylna od strony prawej; nowotwór na szyję nie przechodzi.

Badanie preparatów z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare port. vagin.*

Badanie skrawków błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje: Błona śluzowa miejscami prawidłowej grubości, w innych miejscach znacznie cieńsza. Powierzchnia pokryta przybłonkiem wałeczkowym, nieco niższym. W warstwie powierzchownej błony śluzowej, mniej znacznie w warstwie bliżej mięśni nieco więcej, ale nie więcej niż w prawidłowych stósunkach, tu i owdzie gruczoły rozszerzone w kształcie torbielków, w których przybłonek jest mocno spłaszczony. Gruczoły na przekroju mają kształt okrągły a więc przebiegają równolegle do błony śluzowej; znajdują się też i w powierzchownej warstwie mięsnej, ale zresztą granica między błoną śluzową a warstwą mięsną jest ostra i wyraźna. W świetle gruczołów znajdujemy nieliczne leukocyty. Tkanka międzygruczołowa składa się z komórek okrągłych w jednym okresie rozwoju z masą międzykomórkową bezpostacią a nadto widzimy dużo leukocytów; w naczyniach o ścianach grubszych mamy dużo ciałek krwi, to samo dużo ciałek krwi w powierzchownych warstwach błony śluzowej w nowej tkance, jak to bywa podczas menstruacyi lub *endometritis haemorrhagica.* Obok tego mamy naciek drobnokomórkowy obok gruczołów. Naciek ten towarzyszy n. p. gruczołom znajdującym się w tkance mięsnej, chociaż kończy się z granicą błony śluzowej i naciek bardzo wyraźnie a zatem tkanka widocznie oddziaływa wobec drażenia gruczołów.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis atrophicans.*

Przypadek VI.

L. prot. zakł. 24.

Bliższych szczegółów historyi choroby nie ma.

Badanie preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi. Przekrój z przodu w tył. Macica znacznie większa, kształtu kulistego. Długość macicy 9·6 cm., długość jamy, która jest znacznie rozszerzona, wynosi 8 cm. Grubość ściany w wysokości odejścia więzadła szerokiego 2 cm. Część pochwowa smukła, zajęta przez nowotwór. Nowotwór na szyję nie przechodzi. W jamie macicy znajduje się skrzep krwi wielkości śliwki. Stanowił on dawniej zapewne odlew kształtu jamy. Błona śluzowa cienka, gładka.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie drobnowidowe skrawków błony śluzowej wykazuje: Błona śluzowa grubsza, niż w stósunkach normalnych. Powierzchnia miejscami przybłonkiem pokryta.

Zgrubienie błony śluzowej pochodzi od powiększonej ilości gruczołów, ale i od zwiększonej ilości tkanki łącznej. Gruczoły co do wielkości nietylko nie powiększone, ale owszem światła ich raczej zmniejszone, jakby zaciśnięte. Przybłonki w gruczołach prawidłowe. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsna wyraźna, chociaż tu i ówdzie gruczoł znajduje się już w warstwie mięsnej. Tkanka międzygruczołowa obfita, komórkowa a zatem mocno się tworząca. Naczyń drobnych bardzo znaczna ilość w grupach po kilkanaście obok siebie. Śródbłonek mocno spęczniały i ściany bardzo grube tak, że niektóre naczynia mają światło bardzo zwężone a niektóre nawet zamknięte. W tkance międzygruczołowej znajdują się rozszerzone leukocyty.

Rozpoznanie. *Endometritis incipiens glandularis, nec non interstitialis.*

Przypadek VII.

L. prot. zakł. 41. S. M., lat 34. Operowana w klinice położniczo-ginekologicznej prof. Madurowicza. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri exulcerans.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Macica większa i grubsza. Długość macicy 9 cm. Długość jamy 6·8 cm. Grubość ściany, która okazuje bardzo zbite utkanie, 2·2 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przeszedł na dolną część szyi, ale ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu wynosi 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy gładka, cienka, tylko w okolicy ujścia macicznego trąbki nieco pofałdowana.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa prawie w zupełności zanikła do tego stopnia, że są miejsca, w których tuż pod przybłonkiem powierzchnię błony śluzowej pokrywającym a prawie utrzymanym na całym obszarze, tylko nieco spłaszczonym, znajdujemy bezpośrednio warstwę mięsną. Gruczołów w tych miejscach wcale nie ma a tu, gdzie jest warstwa błony śluzowej choć cienka, gruczoły należą do rzadkości. W świetle gruczołów mamy leukocyty i ich części rozpadowe w postaci drobnych ziarn; naczyń w tkance międzygruczołowej, która jest bardzo skąpa, włóknista, nie widać na tle *haematometra.*

Rozpoznanie. *Atrophia mucosae uteri.*

Przypadek VIII.

L. prot. zakł. 49. N. N., lat 55. Operowana w domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego przez prof. Mikulicza. Rozpoznanie: *Carcinoma port. vagin. et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica większa i grubsza, o ile można wnosić z trzonu macicy, gdyż części pochwowej i dolnej części szyi prawie brak (prawdopodobnie część ta została urwana narzędziem podczas operacyi z powodu kruchości). Nowotwór zajął już dolną część ciała macicy tak, że odległość od *fundus* do nowotworu wynosi 2 cm.

Błona śluzowa w dnie macicy w miejscach niezajętych nie okazuje żadnych zmian; może jest nieco grubsza. Kawałki do badania wzięto z nowotworu i z dna macicy po stronie prawej.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie gruczolaku zniekształcającego (*adenoma destruens*). Przypadek ten opracował pod względem anatomo-patologicznym i opisał jako *adenoma destruens* prof. Mars [1]). Miejsc jednak błony śluzowej makroskopowo niezmienionych nie badał.

Badanie skrawków z dna macicy wykazuje: Błona śluzowa niegruba, o powierzchni falistej; na powierzchni przybłonek utrzymany, nieco spłaszczony. Tuż pod powierzchnią błony śluzowej jest warstwa zbitej tkanki łącznej włóknistej; pod nią wązki pasek utworzony przez gruczoły równolegle do powierzchni błony śluzowej biegnące, jakby przez tkankę łączną ściśnione, pod tą warstwą mamy znowu pasmo tkanki łącznej zbitej a pod nią drugą warstwę gruczołów kształtu cewek, wielokrotnie się rozgałęziających, przegrodami zbitej tkanki łącznej oddzielonych, w kierunku prostopadłym i skośnym do powierzchni błony śluzowej ułożonych. W wielu miejscach przegrody są zniszczone a gruczoły łączą się ze sobą, tworząc do światła wypustki brodawkowate (jak to spotykamy w nowotworach jajników). Przybłonek w gruczołach w kilku warstwach; czasem wypełnia całe światło gruczołów. Komórki przybłonkowe w gruczołach nie barwią się wyraźnie a najsłabiej te, które znajdują się w środku światła gruczołu, jakby to była masa obumierająca. Grubość błony w różnych miejscach jest niejednaka; czasem gruczoły nielicznie znajdują się już w warstwie mięsnej, lecz granica jest między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa skąpo włóknista, zawiera mało komórek. W przegrodach łączno-tkankowych widać gruczoły nowowytworzone o pojedynczej warstwie komórek przybłonkowych, mocno spłaszczonych.

Rozpoznanie. *Adenocarcinoma musosae uteri.*

Przypadek IX.

L. prot. zakł. 70. S. K., lat 33. Operowana w klinice chirurgicznej. Rozpoznanie. *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi, większa i w ścianach grubsza. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 9 cm. Długość jamy macicy 7·5 cm. Grubość ściany 2·5 cm.

Nowotwór zajmuje całą część pochwową i szyję i dochodzi aż do ujścia wewnętrznego. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare.*

Badanie skrawków błony śluzowej z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa cienka, ale nie we wszystkich miejscach jednakowo. Na powierzchni tu i ówdzie przybłonek utrzymany. Gruczołów jest mało, o świetle wąskiem; gruczoły znajdują się i w powierzchownej warstwie mięśni, lecz granica między jedną a drugą jest wyraźna. Tkanka międzygruczołowa dosyć obfita, komórkowa, około gruczołów i naczyń więcej komórek o różnych postaciach od okrągłych aż do wrzecionowatych. Naczyń nie wiele a ściany ich grubsze; śródbłonek napęczniały, przez co światło naczyń zwężone. W świetle gruczołów znaleść można leukocyty, w których jest wyraźna fragmentacya.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis atrophicans.*

Przypadek X.

L. prot. zakł. 96. W. R., lat 28. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.* Operowana w klinice położniczej prof. Madurowicza.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie, bez części dodatkowych, większa i w ścianach grubsza. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 9·3 cm. Długość jamy 7·8 cm. Grubość ściany 1·8 cm. Nowotwór zajmuje całą część pochwową i szyję, dochodzi do ujścia wewnętrznego, lecz go nie przekracza. Błona śluzowa jamy macicy wszędzie gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Adenocarcinoma cervicis.*

Badanie skrawków błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje: Błona śluzowa znacznie grubsza, na powierzchni przybłonek utrzymany. Gruczołów bardzo dużo; są one trybuszonowato pokręcone i wydłużone. Gruczołów więcej daleko w warstwie tuż nad mięśniami, niż w powierzchownej a tylko mała liczba przewodów gruczołowych uchodzi na powierzchnię błony śluzowej, czyli, że gru-

---

[1]) Mars: O złośliwym gruczolaku macicy. Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Wydziału matem.-przyrod. Akad. Umiej. 1. Lutego 1892. Kraków 1892.

czoły przebiegają w kierunku równoległym lub skośnym do powierzchni błony śluzowej. Przybłonek w gruczołach utrzymany, prawidłowy. Pomiędzy błoną śluzową a warstwą mięsną widać ostre odgraniczenie. Tkanka międzygruczołowa obfita, bliżej powierzchni zawiera komórki wrzecionowate i owalne i widać wśród nich utkanie włókniste; w warstwie głębszej a szczególnie koło naczyń i gruczołów obok komórek wrzecionowatych jest dużo komórek okrągłych. Na powierzchni błony śluzowej znajdujemy krew; to samo i w powierzchownych warstwach błony śluzowej i w naczyniach tak, że robi to wrażenie, że mamy do czynienia z błoną śluzową podczas peryodu.

W warstwie mięsnej tuż pod błoną śluzową są miejsca, w których tkanka się nie barwi, zarysy są niewyraźne i przedstawia się to tak, jak tkanka obumarła, lub jak zwyrodnienie szkliste (*hyaline Degeneration*). Być może, że pochodzi to ztąd, że światła naczyń pewnych są zatkane.

W naczyniach drobnych takie same zmiany jak w innych przypadkach, ale mniej wybitne.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis productiva et interstitialis.* (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologia.

Ziegler: **Związek urazów z nowotworami złośliwymi.**

Niema patologa, któryby urazów w najszerszem tego słowa znaczeniu nie wprowadzał w pewien, bliższy czy dalszy związek przyczynowy z powstawaniem i rozwojem nowotworów złośliwych. Pomijając niepopartą dotąd dostatecznymi dowodami teoryę pasorzytniczą powstawania nowotworów, w której zresztą łatwo znalazłoby się miejsce na przyznanie urazom roli poważnej, wszystkie inne hipotezy, w bardzo rozmaitym zresztą stopniu przypisują pewne znaczenie przyczynowe zarówno jednokrotnym, jak powtarzającym się urazom, częstym mechanicznym podrażnieniom blizn i wrzodów, wreszcie przewlekłym sprawom zapalnym, które w pewnem znaczeniu również zaliczyćby można do urazów. Kiedy jednak jedni, jak n. p. Cohnheim, sprowadzający wszystkie nowotwory do rozwoju zbłąkanych ognisk komórkowych jeszcze z życia płodowego, lub Billroth, Lucke, Verneuil, Guibout i inni, hołdujący przypuszczeniu, że istnieje pewne usposobienie osobnicze (dyateza, dyskrazya) do powstawania nowotworów, wpływom urazowym przypisują tylko podrzędne znaczenie przyczyn wywołujących, kiedy drudzy widzą w nich tylko przyczyny usposabiające, odleglejsze i to nie jedyne, jak n. p. Konig, E. Ziegler, Thiersch, Waldeyer, Rindfleisch i Ribbert, to inni, w ich liczbie Virchow, Weber, Kühne, Bard i Helmkampff a wreszcie i autor dopatrują się między wpływami urazowymi a powstawaniem nowotworów związku bezpośredniego, niektórzy nawet do nich wyłącznie odnoszą część spraw nowotworowych.

Autor streszcza szczegółowo wypowiedziane dotychczas zapatrywania i przypuszczenia a zestawiwszy bardzo pracowicie i dokładnie dość długi szereg spostrzeżeń cudzych, udowadniających bezpośredni związek przyczynowy urazów z powstawaniem nowotworów złośliwych, przytacza własną statystykę, zebraną w ciągu lat pięciu w klinice chirurgicznej w Monachium. Obejmuje ona 499 nowotworów złośliwych; z tego: raków 328 i to 117 u mężczyzn, 211 u kobiet (po potrąceniu raków sutka i części płciowych 107 u mężczyzn, 41 u kobiet); urazów jednokrotnych 55, podrażnień chronicznych 92; mięsaków 171 i to 81 u mężczyzn, 90 u kobiet; urazów jednokrotnych 35, chroniczych podrażnień 32. Spostrzeżenia autorów potwierdzają więc, jak się zdaje, dawniejsze przypuszczenie, że w powstawaniu mięsaków urazy jednokrotne, w powstawaniu raków wielokrotne podrażnienia przeważną odgrywają rolę.

Rola urazów jednokrotnych w świetle rozmaitych statystyk rozmaicie się przedstawia. Rapok znalazł je w 20%, Wolff w 14%, Liebe tylko w 8·7%, Maas nawet ledwo w 1% przypadków. Cyfra autora (18%) zajmuje miejsce wysokie.

Na 170 przypadków raka sutka u kobiet (u mężczyzny tylko jeden), jakie autor spostrzegał, zanotowano w historyi choroby 37 razy uraz jednokrotny (22%). Inne statystyki podają tu cyfrę bardzo zmienną, bo od 1% do 25·4%. Przebytych zapaleń sutka znalazł autor 16; rozdzielając tę liczbę na 88 kobiet (po potrąceniu tych, które nie rodziły) otrzymuje autor 18%. Ponieważ zaś według Winkla 6% wszystkich rodzących przebywa zapalenie sutka, przeto według autora wysoka owa odsetka, bo trzykroć znaczniejsza, przebytych zapaleń u dotkniętych rakiem sutka, świadczy o niewątpliwym i bezpośrednim związku przyczynowym obu spraw. Przemawiają za nim i inne statystyki, które oprócz jedynej Billrotha (2·5%) wykazują od 9—21% przebytych zapaleń u dotkniętych rakiem. Wpływu chronicznych podrażnień, zdaje się, wyraźnie dowodzi częstość raka u kobiet, których sutki są przez położenie swoje ciągle na urazy narażone, jakoteż okoliczność, że rak rozwija się najpierw w górnym zewnętrznym odcinku sutka, najwięcej odsłoniętym a najrzadziej najpierw w dolnym wewnętrznym, najbardziej zakrytym odcinku (w statystyce autora na 108 przypadków 27 i 7).

Częstość raków warg u mężczyzn (na 44 przypadków 35 u mężczyzn) przypisuje autor tej okoliczności, że ludność miejska okoliczna (a z niej pochodziło 40 chorych), zarostu nie nosząc, częstem goleniem skórę drażni. Wpływ palenia tytoniu w statystyce autora się nie uwydatnia, co ma się tłómaczyć tem, że ludność nie używa krótkich, mocno drażniących fajek. W znacznej liczbie przypadków (16) powstawał rak wargi na miejscu często zdrapywanych brodawek i strupków; podobny jego początek znalazł autor w 16 na 37 przypadków raka skóry głowy.

Na 9 przypadków raka prącia w 7 przypadkach istniała poprzednio znacznego stopnia stulejka (*phimosis*).

W pierwotnych rakach kończyn prawie wszystkie powstały na tle przewlekłych zapalnych lub mechanicznych podrażnień.

Wpływ urazów i to jednokrotnych jest najciekawszym i najwięcej uznanym w przypadkach mięsaków kończyn. Autor wykazuje go w 12 na 44 przypadków; nie zaprzecza jednak, że chorzy w tych szczególnie przypadkach lubią doszukiwać się związku między szybko rosnącym guzem a jakiemś uderzeniem, zranieniem i t. d. Rola urazów w powstawaniu mięsaków innych okolic ciała nie zaznacza się tak wyraźnie. W ogóle na 499 przypadków znalazł autor poprzedzających urazów jednostronnych 90 (18%), przewlekłych podrażnień 124 (23·8%).

Autor przyznaje, że kilka razy wywiady nie były dość dokładne, aby można bez krytyki odnosić powstanie nowotworu do urazu, zwłaszcza jednokrotnego. Przypuszczając nadto, że oprócz urazu działają niewątpliwie nieraz inne, nieznane jeszcze czynniki, podkreśla jednak autor okoliczność, że w przeważnej liczbie przypadków, które szczegółowo opisuje, można wykazać bezpośrednie przejście, nieprzerwaną ciągłość sprawy chorobowej między chwilą zadziałania urazu a rozwojem sprawy nowotworowej w samemże obrażonem miejscu. Odrzucając więc nawet te przypadki, które nasuwają jakąkolwiek wątpliwość, pozostają jeszcze bardzo wysokie odsetki nowotworów, poprzedzonych przez uraz; okoliczność ta, zdaniem autora, dostarcza stanowczego dowodu na poparcie teoryi Virchowa, odnoszącej powstawanie nowotworów do zmian miejscowych (jednokrotnych urazów, przewlekłego działania bodźców chemicznych i mechanicznych, spraw zapalnych) a zaprzeczającej jakiegokolwiek znaczenia wpływom nerwowym lub osobniczym; w każdej zaś innej teoryi rola urazów powinnaby zająć wybitniejsze, niż dotąd, miejsce.

Sprawa wpływów urazowych na powstawanie nowotworów zajmować powinna nietylko patologa; ma ona bowiem doniosłe znaczenie praktyczne. Pomijając dochodzenia sądo-

wo-lekarskie, rzadko tylko w tym kierunku się rozwijające, wskazuje autor na znaczenie, jakie rozstrzygnięcie tej kwestyi mieć może w sprawach ubezpieczenia od przypadków (w których lekarz występuje jako znawca), objaśniając rzecz kilkoma przykładami, z własnej statystyki zaczerpniętymi. (*Münchener medic. Wochenschrift.* 1895. Nr. 27. i 28).

Dr. Ciechanowski.

Chirurgia.

P. T. Sklifasowski: **O trepanacyi wyrostka sutkowego** *(processus mastoideus).*

Operacyę tę zaproponował w r. 1649. pierwszy Riolanus, jednakże do r. 1860. dawała ona wyniki tak niepomyślne, że uważano ją za zbyt niebezpieczną; przyczyną zaś tego były już to nieznajomość anatomii, już to brak dokładnie wyrobionych wskazań do operacyi. W r. 1860. dopiero Sorget a przedewszystkiem później Schwartze ustanowił dokładne wskazania i opracował jej technikę i jemu głównie zawdzięczamy, że trepanacya wyrostka sutkowego obecnie zalicza się do najskuteczniejszych. W podręczniku swoim przytacza Schwartze literaturę zagraniczną o tej operacyi do r. 1884.; od tego czasu do 1893 r. przytoczyli jej: Wancher 7 przypadków, Hessler 40, Lucae i Jacobson 100, Ferrer 34, Ludewig 47, Weil 13, Schwartze 578, Hartman 119, Weljaminow 70, Szebołdajew 13, Swiażeninow 49, autor 7 przypadków; prócz tego opisano jeszcze kilka przypadków osobno. Obecnie autor opisuje szczegółowo 25 przypadków, w swej klinice operowanych w ciągu roku akad. 1893/94.; z nich 8 śmiertelnych: 5 na zapalenie opon i zakrzep zatok, 2 na ropnicę i 1 na zapalenie płuc i opłucny. Z powodu *otitis med. purulenta acuta* operowano 17 razy, *subacuta* 6 razy i *chronica* 2 razy. Etyologia w większej części przypadków nie wyjaśniona (2 przyp. po influency i 4 przyp. u żołnierzy skutkiem uderzenia kułakiem lub kolbą w ucho). 2 razy operowano wśród przypadów zapalenia opon i raz w rozwiniętej ropnicy, prócz tego jeden chory zmarł na zapalenie płuc i opłucny; wykluczywszy te przypadki, otrzymamy 16% śmiertelności. Cyfra blizka do tej, którą otrzymali inni chirurgowie (11·57%), prócz Schwartzego, który z ostatnich 100 przypadków stracił tylko 5.

Wskazania do operacyi są obecnie przez autorów dość szczegółowo opracowane i tak Knapp daje następujące wskazania: 1) *otitis med. acuta purulenta;* jeżeli przy swobodnym odpływie ropy na zewnątrz objawy mózgowe nie ustępują, to wskazaną jest trepanacya, gdyby nawet wyrostek sutkowy zmian żadnych nie przedstawiał; 2) *otitis med. chronica* z objawami mózgowymi i *sclerosis proc. mastoidei.* Według Schwartzego wskazania są następujące: 1) *Mastoiditis acuta* z zatrzymaniem ropy, jeżeli inne środki (lód, cięcie Wildego) nie pomagają; 2) *Mastoiditis chronica* z podokostnymi ropniami i przetokami, przy ropniach opadowych na tylnej ścianie przewodu zewnętrznego i w przełyku; 3) Żółciołojak *(cholesteatoma)* lub zatrzymanie ropy w uchu środkowem, jeżeli one drogą naturalną nie dadzą się usunąć lub jeżeli pojawiły się groźne dla życia objawy; 4) Ciężka newralgia wyrostka sutkowego; 5) Jako środek zapobiegawczy w przewlekłem, cuchnącem ropieniu ucha środkowego, nie poddającem się leczeniu. Są dane, że nawet ropnica przerzutowa nie stanowi przeciwwskazania do trepanacyi: z 11-tu opisanych przypadków 6 wyleczono (Grunert i Puper); przeciwwskazanie stanowi tylko ropne zapalenie opon (Schwartze); ropnie mózgowe są przeciwnie wskazaniem do trepanacyi wyrostka sutkowego (względnie czaszki). Autor przytacza następnie, jak formułują wskazania Küster i Esmarch. Dla rozpoznawania zmian w wyrostku poleca autor opukiwanie; zmieniony wyrostek daje odgłos przytłumiony. (Sposób dawniej proponowany przez Troltscha, Körnera i innych). Następnie opisuje autor sposoby operowania różnych autorów (Mickuner, Hartman, Zirmunskij, Politzer, Esmarch); Schwartze radzi operować u podstawy wyrostka na 5—10 mm. ku tyłowi od *spina supra meatum.* Autor prowadził cięcie półkoliste na 5 cm. długości, równolegle do linii przyczepienia małżowiny usznej na ½ cm. ku tyłowi; okostnę odsuwał w obie strony, tworząc sobie miejsce na 2 cm. szerokie, następnie małem dłutem żłóbkowatem wydłubywał kawałek kości. Dłutem trzeba zawsze pracować w kierunku ukośnym z tyłu i z góry ku przodowi i dołowi, trzymając się kierunku kostnego przewodu usznego. Wyżłabia się jamę lejkowatą na 1½—3½ cm. głęboką, oczyszcza się ją ostrą łyżeczką; w razie krwotoku z zatoki poprzecznej lub żył *diploe* tamponowanie, gazą jodoformową. Zawłokę można zmienić po tygodniu. Autor zwykle operował w narkozie mięszanej (chloroform i morfiny 0·01). Rany goiły się w 33 do 105 dni. Co się tyczy wpływu operacyi na słuch, to według Schwartzego z 74% wyleczonych chorych u 17-tu słuch prawidłowy, u 44 zarośnięcie braku błony bębenkowej; 6 zaś zostało głuchych; w przypadkach autora u 5-ciu słuch prawidłowy, całkowite zarośnięcie błony u 8 i częściowe w jednym. W ogóle korzyść operacyi zależy od wczesnego jej wykonania a operacya ta o tyle jest ważną, że można ją porównać z herniotomią i tracheotomią; jest to rozcięcie ropnia usadowionego w miejscu niebezpiecznem. Nieszczęśliwe zdarzenia przy operacyi: zranienie zatoki poprzecznej, przewodu nerwu słuchowego, błędnika i otworzenie środkowej jamy czaszkowej ze zranieniem opony twardej i mózgu; wszystkie te komplikacye są wedle autora raczej nieprzyjemne niż niebezpieczne. U niego zdarzyły się: raz odsłonięcie opony twardej zakończone śmiercią, raz niedowład nerwu twarzowego zakończony śmiercią, 2 razy otwarcie środkowej jamy czaszkowej (raz nawet z wypadnięciem mózgu), wyzdrowienie, raz odsłonięcie i raz zranienie zatoki poprzecznej, wyzdrowienie. W ogóle przy aseptyce zranienie zatoki poprzecznej nie jest wcale tak niebezpiecznem. Autor przytacza 10 przypadków z literatury, w których oczyszczono zatokę poprzeczną ostrą łyżeczką i 4 z nich zakończyły się szczęśliwie. Prócz tego opisano przed 1893 r. 8 przypadków podwiązania i częściowej resekcyi *vena jugularis* w ropnicy, z których 6 wyzdrowiało. Nakoniec w 1893 r. sam na zjeździe doniósł o 10 przypadkach zakrzepu w zatoce poprzecznej; w tej liczbie 7 podwiązania *vena jugularis,* raz zakończonego śmiercią. Ostatecznie przyszedł autor do przekonania, że 1) trepanacya wyrostka sutkowego obecnie nie przedstawia się niebezpieczną i technicznie trudną; 2) wczesne wykonanie jej jest jednym ze skuteczniejszych środków w leczeniu *otitis* i *otorrhoea;* 3) Operacyę tę powinien znać każdy lekarz na równi z tracheotomią i herniotomią. *(Bibliotieka Wracza* Nr. 1. 1895).

T. Makowski.

Zapiski terapeutyczne.

101. Mc Call Anderson (z Glasgowa): O swędzeniu i jego leczeniu (z 63. kongresu *British medical Association,* odbytego w Londynie od 30. Lipca do 2. Sierpnia r. b.). Pierwocinami nerwowemi biorącemi udział w mechanizmie anatomiczno-fizyologicznym swędzenia są ostateczne zakończenia nerwów skórnych w przyskórku, małe gromady komórek kielichowatych, łączące się z włókienkami nerwowemi i znajdujące się w warstwach częścią głębokich przyskórka, częścią powierzchownych skóry, nakoniec włosy. Ponieważ każdy włos otoczony jest u swej podstawy bardzo delikatną siatką rdzennych włókien nerwowych, należy go przeto uważać za organ czucia a jest rzeczą prawdopodobną, że zadraźnienie mieszków włosowych może być przyczyną swędzenia.

Trudno wytłómaczyć, dlaczego swędzenie towarzyszy jednym chorobom skórnym, niema go zaś w drugich. Tak n. p. osutkom kiłowym wczesnym nie towarzyszy swędzenie, które natomiast pojawia się często w późnych zmianach kiłowych skóry.

Najważniejszymi czynnikami etyologicznymi swędzenia są wiek podeszły, żółtaczka, dna (*arthritis*), zboczenia trawienia, moczówka, pora roku (*pruritis hiemalis*), tudzież zaburzenia nerwowe i psychiczne.

Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że w patogenezie swędzenia może mieć znaczenie zadrażnienie zwrotne, w przeważnej jednak liczbie przypadków przyczyną swędzenia jest zadrażnienie zakończeń nerwowych w przyskórku.

Leczenie swędzenia powinno przedewszystkiem kierować się przeciw przyczynie. Jeżeli mimo tego zostaje ono bez skutku, należy przejść do środków empirycznych i w tej mierze jest autor zdania, że środki wewnętrzne są w ogólności o wiele skuteczniejsze od środków miejscowych, mających znaczenie tylko drugorzędne. Takiemi środkami wewnętrznymi są: nastój zminu jarnika (*tinctura gelsemii sempervirentis*), nastój konopi indyjskich (*tra cannabis indicae*), kwas karbolowy, antypiryna i fenacetyna (w dawkach stopniowo powiększanych) a przedewszystkiem atropina zastosowana podskórnie. U osób osłabionych wskazanemi są środki wzmacniające, jak fosfor, arsen i strychnina (te dwa mianowicie użyte podskórnie).

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza M y r t l e (z Harrogate), że leczenie swędzenia nie jest bynajmniej łatwe a jego skuteczność zależy często od indywidualności chorych. Nawet w tejże samej chorobie skórnej może tenże sam środek być w jednym przypadku skutecznym a w drugim szkodliwym. Zdaniem przemawiającego najskuteczniejszemi środkami przeciw swędzeniu są antypiryna, fenacetyna i inne leki, należące według pochodzenia do tej gromady, tudzież chloral. W bardzo ciężkich przypadkach sprawia znaczną ulgę użycie miejscowe 3 do 6% rozczynu żrącego ługu potasowego.

W a l d o (z Brystolu) przytacza, że w swędzeniu często widział skutek pomyślny z przyłożenia pryszczydła do stosu kręgowego w miejscu odpowiadającem nerwom zajętej okolicy skóry. W swędzeniu skutkiem dny dobrze działa salicylan sodowy.

S t o p f o r d T a y l o r (z Liwerpolu) sądzi, że środki wewnętrzne w przeważnej liczbie przypadków na swędzenie nie działają; zdaniem jego najważniejszem jest zachowanie się higieniczne, stosowne żywienie się, ćwiczenia fizyczne. Częsta zmiana bielizny i obmywanie wyskokiem są skuteczne przeciw swędzeniu w okolicy rzyci (*pruritus analis*), tak częstemu u osób jeżdżących na rowerach.

B a r e n d t z Liwerpolu) widział w niektórych przypadkach swędzenia bardzo pomyślny skutek z użycia miejscowego przez mniej więcej 5 minut 2% oliwy karbolowej. (*La Semaine médicale*. 7. Sierpnia 1895).

102. T o u r n i e r (prof. kliniki lekarskiej w Lugdunie): Ż y w i e n i e p r z e z o d b y t n i c ę (*rectum*) z a p o m o c ą l e w a t y w. Ogólnem jest mniemanie, iż nie można przez odbytnicę odżywiać organizmu dłużej, niż kilka dni. Otóż autorowi udało się w kilku przypadkach otrzymać znakomity rezultat z żywienia chorych przez kilka tygodni za pomocą stosownych lewatyw. W dwóch przypadkach rozchodziło się o wrzód okrągły żołądka i w tych znosili chorzy bez trudności odżywianie wyłącznie przez odbytnicę. Lewatywy były częścią z czystej tylko wody celem zaspokojenia pragnienia, częścią pożywne z wina szampańskiego, bulionu lub jaj, tudzież kilku kropel nastoju makowca. Również były pomyślne skutki z lewatyw pożywnych (4 do 5, niekiedy nawet 6 dziennie) i lewatyw (1 do 2) z czystej wody w trzech przypadkach nadmiernego wydzielania się kwasu solnego (*hyperchlorhydrie*); w jednym z nich chory przez cały miesiąc prócz kawałków lodu nic nie dostał do żołądka, w drugim 13 a w trzecim 17 dni żywiono chorych wyłącznie przez odbytnicę. Wpływ żywienia tego był znakomity tak, iż chorzy przybrali nawet na ciężarze.

Tournier używał lewatyw sporządzonych według jednego z następujących 5 przepisów: *a*) wody 150, suchego peptonu 10, glukozy 20 gramów, żółtko, nastoju makowca 4 krople, *b*) wody 100, wina 50, suchego peptonu 10, glukozy 20 gramów, żółtko, nastoju makowca 4 krople, *c*) bulionu osolonego 140 do 150, wina 20 do 40 gramów, dwa żółtka i 4 do 8 kropel nastoju makowca lub *d*) mleka 140 do 150, cukru 10 gramów, dwa żółtka i nastoju makowca 4 do 8 kropel.

Przed daniem lewatywy należy płyn wymięszać doskonale, by był jednostajny.

Dwa ostatnie przepisy nadają się osobliwie ku końcowi leczenia. Zresztą można kolejno używać rozmaitych przepisów. (*La Médecine moderne*. 7. Sierpnia 1895).

V. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Pod nazwą kataru chronicznego opisywano przeróżne zmiany błony śluzowej żołądka.

K o r c z y ń s k i i J a w o r s k i, badając błonę śluzową żołądka, wyciętą za życia w przypadku wrzodu okrągłego, znaleźli w niej pewne zmiany patologiczne, jako to przekrwienie, naciek drobnokomórkowy, oraz zmiany w komórkach głównych gruczołów żołądkowych; zmiany te w przeciwieństwie do kataru śluzowego nazwali katarem kwaśnym. Nie są to jednak te zmiany, jakie H a y e m uważa za *gastritis parenchymatosa*. Zmiany te występują niezależnie od nacieku drobnokomórkowego w samych komórkach gruczołowych; polegają one na nadmiernem rozmnażaniu się pewnych komórek, sprawach degeneracyjnych, występowaniu wypociny między komórkami oraz nekrozie koagulacyjnej komórek. Zmiany te występują zarówno w komórkach głównych, jako też w komórkach okładowych gruczołów trawieńcowych. Według teoryi H e i d e n h a i n a kwas solny ma być wytwarzany przez komórki okładowe. Tymczasem wiele okoliczności obserwowanych przez H a y e m a najzupełniej zbija tę teoryę, której zresztą nigdy ściśle nie dowiedziono. W przebiegu *gastritis parenchymatosa* występuje nadmierne zwiększenie się ilości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Zmiana ta występuje skutkiem zmian powstających w gruczołach odźwiernikowych a mianowicie gruczoły te, których wydzielina w stosunkach prawidłowych jest alkaliczną, przeobrażają się w gruczoły o charakterze peptycznym.

Reasumując wyniki swych badań, dochodzi H a y e m do następujących wniosków:

Każda zmiana czynnościowa błony śluzowej żołądka zależy od zmiany anatomo-patologicznej, powstałej w danej błonie śluzowej. Badając sok żołądkowy sposobem H a y e m a wskazanym, można rozpoznać nie tylko zmiany czynnościowe, ale i zmiany anatomiczne błony śluzowej żołądka. Nie należy określać ogólnem mianem „dyspepsya“ całego szeregu zmian, tak różnych pod względem anatomo-patologicznym. Rozpoznanie zmian anatomo-patologicznych błony śluzowej żołądka da się postawić na podstawie krzywych, przedstawiających cały przebieg sprawy trawienia w danym żołądku.

W końcu swego przemówienia zaproponował H a y e m, by kongres internistów francuskich uchwalił, że obecni na kongresie lekarze zobowiązują się badać sok żołądkowy zapomocą metody chlorometrycznej W i n t e r a. W ten sposób wyniki badań byłyby, ile tylko można dokładne a nadto

cyfry, otrzymane przez różnych badaczy dawałyby się łatwo ze sobą zestawić. Nie ulega bowiem wątpliwości, że metoda Wintera jest jedyną metodą, naukowo ściśle uzasadniona a przyznają to nietylko wszyscy ci badacze, którzy nią posługiwali się w celach praktycznych, lecz także tak znakomici chemicy, jak Mizerski i Nencki.

Prócz referatu Hayema i koreferatu Bourgeta przedstawiano na tem samem posiedzeniu kilkanaście komunikatów w sprawie wartości chemizmu żołądkowego pod względem chemicznym. Ożywiona dyskusya, jaka się na tem posiedzeniu wywiązała, tyczyła się prócz kwestyi głównej wniosku Hayema oraz jego twierdzenia, że zmiany czynnościowe błony śluzowej żołądka są zawsze zależne od zmian anatomicznych w tej błonie.

Jakkolwiek Hayem starał się w swych przemówieniach przekonać słuchaczów, że wyniki badania chemicznego treści żołądka oświecają nas dokładnie o stanie patologicznym danego żołądka, opozycya była bardzo silną. Głównie Linossier z Vichy odmawiał badaniu chemicznemu treści żołądka wszelkiej wartości rozpoznawczej, Mathieu zaś bił głównie na zmiany sprawności mechanicznej żołądka. Wniosek Hayema co do wyłącznego posługiwania się metodą Wintera, jako krępujący wolność badań naukowych i klinicznych nawet nie został poddany głosowaniu. Co się zaś tyczy zmian anatomicznych, wykrytych przez Hayema w różnych stanach patologicznych żołądka, a demonstrowanych na rysunkach z preparatów mikroskopowych, Rénaut uznał je za zmiany pośmiertne; ztąd wywiązała się pomiędzy tym ostatnim a Hayemem dyskusya, która do żadnego rezultatu nie doprowadziła.

Na posiedzeniu 2-em odczytywano komunikaty tyczące się patologii układu nerwowego. Z komunikatów tych przytoczę w krótkości dwa najciekawsze:

Dupré mówił o „meningizmie“. Mowca proponuje, by nazwę tę wprowadzić do patologii na oznaczenie zbioru objawów, jaki występuje w zapaleniu opon mózgowych. Objawy, występujące w tem cierpieniu powstają wskutek zadziałania czynnika chorobowego na ośrodki i nerwy mózgowe. W pewnych przypadkach wrażliwość substancyi korowej mózgu jest tak słaba, że nawet poważne zmiany anatomiczne nie wywołują żadnych objawów klinicznych; w innych zaś przypadkach wrażliwość ta jest tak wzmożona, że typowy zbiór objawów oponowych występuje, pomimo że pośmiertnie nie jesteśmy w stanie wykazać żadnych zmian anatomicznych. Istnieje więc pewna analogia pomiądzy meningizmem a t. z. perytonizmem (nazwa wprowadzona przez Gublera). Szereg przypadków, opisanych pod nazwą „wrzekomego zapalenia opon mózgowych“ (*pseudomeningitis*) dowodzi, że objawy tego cierpienia mogą występować u osób nie dotkniętych żadną sprawą zapalną ani zakaźną w oponach mózgowych. Przypadki te tyczą się szczególnie dzieci, zmarłych w przebiegu zapalenia płuc. Przyczyny, wywołujące meningizm, są bardzo rozmaite; istnieje pewien związek pomiędzy tem (dynamicznem) cierpieniem a histeryą, w której przebiegu mogą wystąpić wszystkie objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przyczyny te są głównie natury odruchowej, zakaźnej lub toksycznej.

Potain sądzi, że należy wprowadzić nazwę meningizm w miejsce t. z. *pseudomeningitis*, gdyż patologia nie zna fałszywych chorób; tylko ich oznaczenia mogą być fałszywe.

Bard mówił o patologii zwojów sympatycznych jelita. Jest to dziedzina patologii, dotychczas zupełnie nie uprawiana. Należy odróżniać cierpienia jelita właściwe od cierpień jego zwojów sympatycznych. Te ostatnie nie stanowią właściwych chorób a wywołują tylko pewne syndromy, np. są przypadki cukrzycy, powstałe skutkiem cierpienia zwojów sympatycznych trzustki; w przypadkach tych tkanka gruczołowa i łączna trzustki zmian patologicznych nie przedstawia. Według Barda choroba Basedowa powstaje skutkiem cierpienia zwojów sympatycznych gruczołu tarczykowego.

Trzeciego dnia Zjazdu 1-e posiedzenie było poświęcone wyłącznie sprawom bakteryologicznym.

Na posiedzeniu 2-em referenci Bernheim i Pitres odczytali wyczerpujące referaty o obecnym stanie nauki o afazyi, nadto przedstawiono kilka komunikatów tyczących się tego tematu oraz dyskutowano nad nimi.

Na posiedzeniu 3-em przedstawiono kilkanaście komunikatów, przeważnie z dziedziny medycyny doświadczalnej. Na posiedzeniu tem Laborde, profesor fizyologii z Paryża, miał wykład, zapowiedziany p. t. Wpływ fizyologii doświadczalnej na postęp medycyny. W wykładzie tym, nie zawierającym nic nadto, co nawet w czasopismach ilustrowanych i dziennikach politycznych czytało się przed kilku miesiącami p. t. Leczenie śmierci, mówił Laborde o cudownem działaniu rytmicznych trakcyj języka. Jakkolwiek w ostatnich czasach pojawiają się w lekarskich czasopismach francuskich komunikaty, z których się okazuje, że owe trakcye Laborde'a często zawodzą, nawet w przypadkach zwykłej asfiksyi, jest bardzo prawdopodobnem, że w wielu przypadkach tego rodzaju mogą one oddawać dobre usługi. Oczywiście jednak takie działanie trakcyj języka może się okazać pożytecznem tylko w takich przypadkach asfiksyi, jakie spotykamy np. u noworodków, topiących się, zachloroformowanych i t. d., jednem słowem tam, gdzie życie bynajmniej jeszcze nie ustało. Tymczasem Laborde, nie licząc się z tem, że audytoryum stanowią wyłącznie lekarze, w wykładzie swoim używał jedynie takich wyrazów, jak śmierć, trup, zwłoki, wskrzeszanie, zmartwychwstanie i t. p.; wykład ten był przytem wygłoszony w sposób nadzwyczaj afektowany. Wszystko to razem wzięte sprawiało, iż wywierał on wrażenie jakieś dziwne a zarazem smutne. Co dziwniejsza, nie znalazł się wśród dyskutujących nikt, ktoby był zwrócił uwagę prelegentowi, iż jego terminologia rzeczywistemu stanowi rzeczy nie odpowiada; przeciwnie oklaskiwano jego wykład huczniej, niż wykłady innych mowców.

Ostatniego dnia kongresu na posiedzeniu pierwszem załatwiono sprawy administracyjne, na posiedzeniu 2-em omawiano przeważnie kwestye farmakologiczne i terapeutyczne.

Na posiedzeniu 3-em zaś omawiano komunikaty, tyczące się chorób serca i dróg oddechowych. Na posiedzeniu tem Rénaut z Lugdunu miał ciekawy wykład o fragmentacyi mięśnia sercowego, w którym kilkakrotnie powoływał się na prace prof. Browicza. Według Rénauta (również i według prof. Browicza) fragmentacya mięśnia sercowego jest sprawą, powstającą bezwątpienia za życia; według Rénauta można ją nawet w pewnych przypadkach rozpoznać przy łóżku chorego. Pod względem zaś anatomopatologicznym uważa Rénaut na zasadzie swych badań fragmentacyę mięśnia sercowego za sprawę końcową, którą

poprzedzają inne zmiany komórki mięsnej, jakoto: powiększenie się jądra (*hypertrophie nucléaire*) i zwyrodnienie (*atrophie hyperplasmique*) włókien mięsnych; dopiero potem następuje zmiękczenie (*ramollissement*) substancyi kitowej.

Kończąc sprawozdanie niniejsze, muszę nadmienić, iż z powyżej przytoczonych powodów pominąłem w niem wiele ciekawych przyczynków naukowych, jakie na Kongresie lugduńskim ogłoszono. Chcących zapoznać się z tymi przyczynkami odsyłam do Pamiętnika kongresu, o którym wspomniałem w pierwszej części sprawozdania.

II. kongres internistów francuskich odbędzie się w końcu lata r. b. w Bordeaux. Ciekawą jest rzeczą, jaką się okaże wytrwałość Francuzów na niwie zbiorowej pracy naukowej.

W Paryżu 13. Lutego 1895. *K. Klecki.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Sierpnia 1895 r.

— W dniach od 30. Lipca do 2. Sierpnia b. r. odbywał się 63. kongres *British medical Association*, najpotężniejszego niewątpliwie na kuli ziemskiej towarzystwa lekarskiego, liczącego obecnie 16000 członków. Przewodniczącym jego jest teraz Sir Russel Reynolds. Z odczytów odbytych na zagajenie czynności w sekcyach wymienić należy: Williama Broadbenta: o wzroście sztuki i umiejętności w medycynie, Parvyego: o mikrobach, toksynach i odporności, Williama Mc Cormaca: o chirurgii wojennej. Jonatana Hutchinsona: o rozwoju chirurgii w Anglii, Priestleya: o manii operacyjnej w ginekologii, E. Harta: o higienie publicznej, mianowicie w Indyach Wschodnich.

— W Birmingham zaszedł temi czasy przypadek śmierci po zażyciu przeciw bólowi głowy fenacetyny, która, jak się później pokazało, zawierała strychninę. W Budapeszcie nastąpiła podobnież śmierć po zażyciu *extractum filicis maris aethereum*, które zawierało również strychninę. Aptekarze tłómaczyli się, iż te przetwory otrzymali z właściwych fabryk. Ztąd się pokazuje konieczna potrzeba, aby aptekarze przetwory pobierane z fabryk przed wydawaniem za receptami badali pod względem czystości. Te przypadki przywodzą nam na pamięć zaszłe przed kilkoma laty zdarzenie. w którem z pewnego wielkiego, bardzo dobrej opinii używającego składu aptecznego rozesłano po rozmaitych miejscach, między niemi i do Krakowa, przez omyłkę morfinę, zamiast zamówionej chininy. Na szczęście spostrzeżono się na czas i przez wysłanie ostrzegających o zaszłej omyłce telegramów zapobieżono nieszczęściu w wielu miejscach.

— Twórcy antyseptyki w chirurgii, prof. Józefowi Listerowi ofiarowano w dniu 31. z. m. przy sposobności ustąpienia z zajmowanej tak zaszczytnie w *King's College Hospital* katedry własny jego portret, wykonany przez jednego z najznakomitszych malarzy angielskich.

— W dniach 20. i 21. Września b. r. odbędzie się w Amsterdamie pod przewodnictwem prof. Snellena a za sekretarstwem jeneralnem Dra Pijnappela międzynarodowa konferencya w sprawie służby zdrowia na kolejach żelaznych i statkach. Prace tej konferencyi odbywać się będą w trzech sekcyach: pierwsza zajmować się będzie ochroną zdrowia personalu. druga organizacyą służby lekarskiej. trzecią higieną podróżnych. Wykłady odbywać się mogą w językach francuskim, niemieckim i angielskim. Z chęcią należenia do konferencyi i z odczytami należy zgłaszać się do Dra Pijnappela w Amsterdamie (Stadthoudenstade 60).

— **Nekrologia**. Zmarli: w Borysowie, gubernii mińskiej, w 35. roku życia Dr. **A. Landa**, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego i dorpackiego, na dur osutkowy, którego się nabawił niosąc chorym pomoc. W Szwajcaryi, w dniu 27. Lipca w 32. roku życia Dr. **Józef Kaukas**, lekarz szpitala sejneńskiego. W Rawie (w Król. Polskiem) w dniu 8. Sierpnia **Jan Kanty Krupski**, lekarz powiatowy. W Berlinie w dniu 2. Sierpnia w 35. roku życia Dr. **Kurcyusz Schimmelbusch**, przez długie lata asystent kliniki chirurgicznej prof. Bergmanna, autor wielu prac naukowych, między niemi dzieła *O aseptycznem leczeniu ran*, przełożonego na kilka języków a także i na polski i wydanego w tem tłómaczeniu przez redakcyę *Medycyny*. W dniu 12. Sierpnia Dr. **Hoppe-Seyler**, profesor fizyologii w Sztrasburgu, znany badacz na polu chemii fizyologicznej. W Kołoszwarze w Siedmiogrodzie Dr. **E. Góth**, prof. położnictwa i ginekologii w 47. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 33. L. E. Bregman: Przyczynek do rozpoznania syryngomyelii. K. Niedzielski: Przypadek urazowego zapalenia szpiku kostnego kości biodrowej. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 32. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę. Z. Kramsztyk: Kilka słów o drgawkach w skutek ząbkowania u dzieci. A. Zaleski: Przyczynek do leczenia zanikowej marskości wątroby.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Ceny znacznie zniżone.

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA"

MARYANA ZAHRADNIKA

w ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane przez Towarzystwo lekarskie krakowskie
za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ **0·10**. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·20 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Morrhuol 0·20 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05. Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **2 złr.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Bals. tolut. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ **0·10** Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **1 złr. 60 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr.**
„ 0·10 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 20 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Główny skład dla Krakowa w aptece WP. Otowskiego.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea" lub firmy „Zahradnik"** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

54—26—17 *Maryan Zahradnik.*

C. F. Boehringer & Söhne, Waldhof bei Mannheim.

Dla niedokrewnych i ozdrowieńców!

FERRATYNA
P. P. N. Nr. 72168.
Połączenie żelaza z [illegible].
Tylko w flakonach oryginalnych po 25 gr.
Cena flakonu 3 Mk.

Pastylki czekoladowe Z FERRATYNĄ.
zawartości po 0,5 gr. Ferratyny.
Tylko w pudełkach oryginalnych po 5 pastylek.
Cena pudełka 1·50 Mk.

P. P. N. Nr. 70250. **Laktofenina** P. P. N. Nr. 70250.

Środek przeciwgorączkowy i przeciw nerwobólom,
o własnościach wybitnych, 10—24—16
specyficzny w durze brzusznym i gośćcu stawowym.

MATTONI'S GIESSHÜBLER

reinster alkalischer

SAUERBRUNN

10—21—14

Mattoniego Giesshübler, naturalna szczawa alkaliczna jest według zgodn. orzeczeń powag lek. jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżyt. cierpieniach narządu oddech. i pokarm. (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chrypki, w tych przypadkach najlepiej zmieszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie tej wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegaja na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym. Ostatnia okoliczność **zasługuje na uwagę, albowiem łatwo zrozumieć, że wody zawierające sztucznie dodany CO_2, jakie obecnie wprowadz w handel, nie mogą zastąpić czystych naturalnych szczaw.**

Mattoniego szczawy Giesshübl. są główn. reprezentantami wód, **które obok wybitnego działania leczniczego posiadają tak czysty smak i taką obfitość wolnego CO_2, że ma najszersze zastosowanie jako napój stołowy.**

Dzięki wielkiej ilości wolnego i związanego bezwodnika węglow. ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jej w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mieszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Mattoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn koło Karlsbadu.

Francensbad. **Wiedeń.** Budapeszt.

KROWIANKĘ

pewną i czystą

uznaną przez komisyę przemysł. Tow. lekarskiego krakowskiego jako najlepszą, odszczególnioną medalem Wysokiego c. k. Ministerstwa handlu na wystawie krakowskiej 1887 r. rozsyła koncesyonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

Józefa Freysingera

124—21—12

lekarza miejskiego w Lisku.

Cena 1 fioli na 2—4 osób	. . . . . .	—	złr. 65	ct.
„ 1 „ „ 10—15 „	. . . . . .	1	„ —	„
„ 1 flakonu na 50 „	. . . . . .	2	„ 35	„
„ 1 „ 1½ grm. na 100 osób	. .	3	„ 50	„

franko wraz z opakowaniem.

Apteka pod „Złotym Słoniem"

E. Hellera (dawniej E. Stockmara)

utrzymuje stale na składzie

wszelkie barwiki, odczynniki chemiczne czyste, balsamy, olejki eteryczne, laki i t. d., jak również szkiełka mikroskopowe,

polecając się łaskawym względom osób interesowanych.

108—x—9 *E. Heller.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.